

Hospital Militar "Luis Díaz Soto"  
Policlínico "Dr. Mario Escalona Reguera"

## "FILTRO SANITARIO" EN LAS URGENCIAS MÉDICAS. UN PROBLEMA A REAJUSTAR

*Dr. Javier Pereda Rodríguez,<sup>1</sup> Dra. Ivonne Díaz Sánchez,<sup>1</sup> Dr. Reinaldo Pereda Rodríguez<sup>1</sup> y Dr. Álvaro Sosa Acosta<sup>2</sup>*

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo analítico de la demanda asistencial en el área de medicina interna de los Servicios de Urgencia, del Hospital "Dr. Luis Díaz Soto" y el Policlínico "Dr. Mario Escalona". Dicho estudio se realizó durante el período comprendido desde el 29/5/95 hasta el 3/6/95. Se estudió la distribución de la demanda para conocer su comportamiento en cuanto a la gravedad de las emergencias clasificadas en: urgencias hospitalarias, urgencias primarias y no urgencias, la forma en que acudieron los pacientes (remitidos o por decisión propia), destino después de su valoración y los grupos diagnósticos y afecciones más frecuentes de las urgencias primarias. Se concluyó que el mayor porcentaje de la demanda estaba formado por las urgencias primarias y las no urgencias de pacientes que acudían al hospital por decisión propia y con afecciones que no requerían atención hospitalaria pues tenían solución en el nivel primario.

*DeCS:* SERVICIO DE URGENCIA EN HOSPITAL/clasificación; SERVICIO DE URGENCIA EN HOSPITAL/utilización; MEDICINA DE URGENCIA/clasificación; NECESIDADES Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD; URGENCIAS/clasificación; MEDICINA INTERNA.

Uno de los fenómenos que en los últimos años ha caracterizado la evolución de la atención de urgencia, a escala mundial, es el galopante aumento de las urgencias atendidas a nivel hospitalario que podían

ser valoradas y tratadas en el área primaria de salud de haber acudido a ella.<sup>1-9</sup>

Si se analizan los diferentes factores que influyen en dicho fenómeno, se podrían mencionar –entre otros– el arraigo en la

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos. Asesor y Coordinador Nacional de Urgencia.

población de antiguos modelos de sistemas de salud basados –fundamentalmente– en la atención hospitalaria; a lo cual se suma el incremento de la calidad en la atención y los recursos puestos a disposición del paciente que llega al servicio de urgencia del hospital, y el cual es atendido aún cuando su afección no requiera el nivel secundario.<sup>1-3,5,9,10</sup>

Si bien es cierto que para lograr un servicio de urgencia verdaderamente eficiente son necesarias, entre otras variables, la rapidez y la calidad en la prestación de la asistencia médica, no es menos cierto que dependen –en gran medida– del uso adecuado que se haga de esos servicios.<sup>1-4,11,12</sup> Para lograr ese uso adecuado y racional se debe tener como premisa que el paciente urgente sea asistido en el nivel de atención que su afección requiera y transitar inicialmente por los distintos filtros sanitarios de los que el sistema de urgencias dispone antes de su llegada al hospital y que incluye entre otros: consultorios médicos, consultorios de urgencias, policlínico principal de urgencia, etc.<sup>8,10,13,14</sup>

Por esas razones, en los distintos sistemas de urgencias a nivel internacional, se realizan múltiples análisis de su estructura y proceso asistencial, cuya línea no se limita a ejecutar las mejoras necesarias en la atención hospitalaria de urgencia, sino que parte de la consideración básica de la interrelación entre los distintos niveles asistenciales y tiene como pilar fundamental la atención de urgencia en el nivel primario, el cual habría de actuar –además– salvo casos emergentes, como la puerta de entrada al servicio de urgencia hospitalario.<sup>10,13-15</sup>

Desde esta óptica se realiza el presente trabajo para conocer el comportamiento de la demanda de urgencias clínicas a nivel hospitalario, en cuanto al uso que hace dicha demanda del filtro sanitario (en este

caso, el servicio de urgencia primario), y la necesidad real que tienen los pacientes de una atención hospitalaria de urgencia.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo analítico de la demanda de servicios de urgencias clínicas en el área de medicina interna del Servicio de Urgencias del Hospital “Dr. Luis Díaz Soto” y del Policlínico “Dr. Mario Escalona Reguera” de Alamar; ambos ubicados en el Municipio Habana del Este. Estas instituciones están íntimamente relacionadas por recepcionar, el hospital, las urgencias secundarias del mencionado municipio y –dentro de éste– las del citado policlínico.

La muestra se recolectó desde el 29 de mayo de 1995 hasta el 3 de junio del propio año y estuvo conformada por 1 360 pacientes de los cuales 831 solicitaron los servicios de urgencias clínicas en el hospital y 529, en el policlínico.

Las cifras de pacientes antes señaladas están incluidas dentro del número total de urgencias esperadas, para una  $p < 0,05$  según un estudio previo realizado, lo que avala la representatividad de la muestra poblacional utilizada.

La información primaria se recogió en el cuerpo de guardia del hospital y del policlínico mediante un modelo creado al efecto donde se incluyen las variables siguientes:

A) Clasificación de la demanda, según su gravedad, en:

- Emergencia: Todo problema patológico agudo, que comprometa la vida del paciente, algún órgano o parte esencial de su organismo por riesgo real o potencial, que requiera medidas, o condiciones de sostén, inmediatas. En

tales casos, el nivel primario tomará las primeras medidas terapéuticas y hará la transportación adecuada del paciente al nivel secundario, donde se le brindará una atención especializada.

- Urgencia de segunda prioridad: Contempla problemas patológicos que de acuerdo con la evolución de su gravedad podrían poner en peligro, en tiempo mediano, la vida del paciente.
- Urgencia menor o de tercera prioridad: Problema patológico que por el curso de su evolución no pondría en peligro la vida del paciente en tiempo inmediato ni mediano, aunque pudiera peligrar a partir de complicaciones.

Las dos últimas, a su vez, serán agrupadas en:

- Urgencia de nivel secundario u hospitalaria: Son las urgencias de primera prioridad y la mayoría de las de segunda que requieren el concurso de fuerzas o medios disponibles solo a nivel hospitalario. No se incluyen en ella las urgencias de segunda prioridad que tienen solución en el sistema de atención primaria de urgencia cubano.
- No urgencia: Problema patológico crónico sin crisis de agudización que precisan atención médica no englobada en las definiciones anteriores al no ofrecer –la terapéutica inicial de urgencia– cambios significativos en su evolución, por lo que pudiera esperarse el curso de 24-48 h para ser tratados por su médico de familia. No obstante, desde el punto de vista del paciente, algunas son consideradas como *urgencias sentidas o subjetivas*.

B) Forma de acceso al servicio de urgencia hospitalario: Decisión que lleva al paciente a acudir al cuerpo de guardia del hospital:

- Por iniciativa propia del paciente o su familiar, sin que mediara en ello un criterio médico previo.
- A través de filtros sanitarios: remitido por la atención primaria de salud (APS). Para ello se define como filtro sanitario: todo servicio asistencial de salud por el cual debe cursar un paciente previamente a su atención en un servicio más especializado, al cual puede ser remitido, después de ser valorada su afección y determinado el nivel asistencial que requiere. Esto garantiza la clasificación de los casos desde el inicio, lo cual favorece que se les brinde mejor atención en el nivel preciso, y se alivie al resto de los niveles de una sobrecarga asistencial innecesaria.

C) Destino del paciente: Lugar al que fue enviado el paciente después de ser atendido en el cuerpo de guardia del hospital o policlínico: 1. A su casa y 2. Al hospital.

D) Grupos diagnóstico de las patologías: Según la Clasificación Internacional de la WONCA para Problemas de Salud en Atención Primaria –2– Definida (CIPSAP –2–D), basada en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la cual será aplicada solo a la demanda clasificada como *Urgencias Primarias*, tanto en el policlínico como en el hospital, para realizar un estudio comparativo entre ambas instituciones.

Para el análisis estadísticos de la información obtenida se utilizó el método

porcentual y la información se presentó en forma tabulada y graficada.

## RESULTADOS

Para el análisis de los resultados, inicialmente, fueron agrupadas las afecciones de los pacientes –según su gravedad– en no urgencias, urgencias de primera, de segunda y de tercera prioridad. Estas dos últimas – a su vez– reagrupadas en urgencia de atención primaria y secundaria.

Al realizar el análisis porcentual de la demanda clasificada y el nivel real de atención que cada una requería, se pudo conocer –como muestra la figura– que en el caso del hospital solo 128 pacientes, el 15,4 %

del total de la demanda –tipificada como emergencia (2,9 %) y urgencia hospitalaria (12,5 %)– requería realmente de atención a este nivel, mientras que el 52,1 % clasificada como urgencia primaria (433 pacientes) debió acudir al servicio de urgencia en los policlínicos; y, el 32,5 % restante (270 casos), ni siquiera tenía carácter de urgencia, por lo que debió acudir al consultorio médico. De forma similar, en el policlínico puede verse que de los casos vistos, 315 pacientes para el 59,5 % tenía criterio de urgencia (de ellos el 1,3 % precisó atención hospitalaria, y el 58,2 % requería de atención en el servicio de urgencia primaria); pero el 40,5 % (214 pacientes) que resta no tenía un carácter urgente, por lo que debió acudir a su consultorio médico.

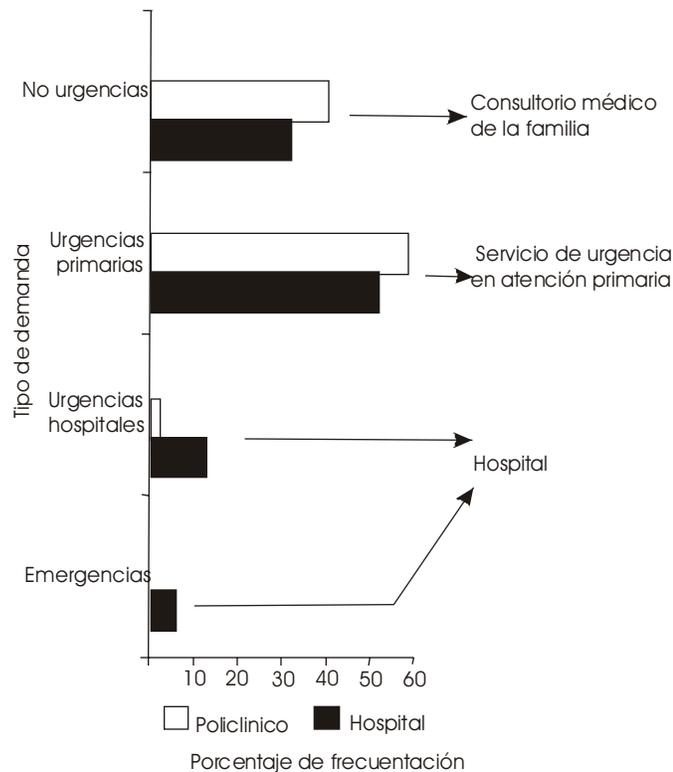


FIG.1. Tipos de demanda de urgencia y nivel real de atención que requieren (datos de la demanda en el hospital y el policlínico).

Del total de casos vistos en el policlínico, solo fue necesario remitirlos al nivel hospitalario al 1,3 % (7 pacientes), lo que demuestra el alto poder de solución del servicio de urgencia primario.

Dado el alto porcentaje de pacientes que asistió al nivel secundario, con afecciones clasificadas como urgencias primarias y no urgencias, se procedió a determinar la forma en que acudieron al servicio de urgencia hospitalario. Se pudo determinar que el 89 % de la demanda hospitalaria (740 casos), lo hizo por iniciativa propia –sin que mediara en ello ningún criterio médico previo– y solo el 11 % (91 casos), lo hizo mediante filtros sanitarios, después de su valoración y clasificación. En este sentido, como dato más específico, se puede plantear que del total de la demanda vista en el hospital (831 casos), 62 pacientes pertenecían al área de atención del policlínico “Dr. Mario Escalona Reguera”, de ellos solo 7 (11,3 %) habían transitado previamente por su servicio de urgencia primario, por lo que los 55 restantes (88,7 %) acudieron al hospital por decisión propia.

En cuanto al destino que tomaron los pacientes en el hospital se pudo conocer que solo el 15,4 % (128 pacientes) del total de la demanda permaneció en el hospital después de ser valorado y recibir asistencia médica de urgencia, mientras que el 84,6 % restante (703 casos) fue enviado a su hogar. De los casos enviados al hogar, el 52,1 % fue previamente clasificado como urgencia primaria, los cuales pudieron ser atendidos en los servicios de urgencias primarios de salud.

Situación similar a la del servicio hospitalario se ha demostrado en cuanto al servicio de urgencia del policlínico, pues 522 casos (98,7 %) de los pacientes vistos fueron enviados a su hogar; de él solo requirió tratamiento como urgencia primaria el 58,2 % (los cuales, en su totalidad, fueron resuel-

tos a ese nivel) y al resto (40,5 %) no hubo que tratarlo como caso urgente.

Al demostrarse que más del 50 % de la demanda hospitalaria acude a este servicio por afecciones consideradas como urgencias primarias (las cuales pudieran ser resueltas en el nivel primario), se procedió a determinar en este tipo de urgencia los grupos diagnósticos más frecuentes –en el hospital y el policlínico– con el objetivo de comparar el comportamiento de dichos grupos en ambos niveles.

Se codificaron y agruparon las enfermedades según la CIPSAP –2–D de la WONCA; cuyos resultados se recogen en la tabla donde se puede observar que, en general, existe un comportamiento semejante entre los grupos diagnósticos de las urgencias primarias del hospital y del policlínico, el de mayor incidencia fue el correspondiente a las enfermedades del aparato respiratorio.

TABLA. Grupos diagnósticos de las urgencias primarias, según CIPSAP-2-D Hospital “Dr. Luis Díaz Soto” y Policlínico “Dr. Mario Escalona Reguera”

Grupos diagnósticos	Urgencia primaria	
	Hospital No.	Policlínico No.
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	28	1
II. Neoplasias	0	0
III. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	8	4
IV. Enfermedades de la sangre	0	0
V. Enfermedades mentales	5	0
VI. Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	17	17
VII. Enfermedades del aparato circulatorio	42	44
VIII. Enfermedades del aparato respiratorio	107	128
IX. Enfermedades del aparato digestivo	38	10
X. Enfermedades del aparato genitourinario	19	5
XI. Embarazo, parto y puerperio	0	2
XII. Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	3	4
XIII. Enfermedades del aparato locomotor y tejido conectivo	65	21
XIV. Anomalías congénitas	0	0
XV. Morbilidad perinatal	0	0
XVI. Signos y síntomas mal definidos	92	31
XVII. Lesiones y efectos adversos	9	41

Fuente: Cuerpo de Guardia

En el hospital, le sigue –en orden consecutivo, según el número de casos vistos– los signos y síntomas mal definidos; las enfermedades del aparato locomotor y el tejido conectivo; las enfermedades del aparato circulatorio y las del aparato digestivo. En el policlínico le siguen a las respiratorias las del aparato circulatorio; las lesiones y los efectos adversos, los signos y síntomas mal definidos y las enfermedades del aparato locomotor y el tejido conectivo.

Entre estos 5 grupos considerados en el hospital y en el policlínico se distribuyen las urgencias primarias en el 79,4 y 86,0 %, respectivamente.

Del análisis anterior se puede ver que los 4 grupos patológicos más frecuentes –dentro de las urgencias primarias– que coinciden en ambas instituciones y, en ellos, las enfermedades más comunes fueron:

- Enfermedades del aparato respiratorio: el asma, la bronquitis aguda y la EPOC.
- Signos y síntomas mal definidos: dolor abdominal, cefalea y fiebre no especificada.
- Enfermedades del aparato circulatorio: la hipertensión arterial y la hipotensión postural.
- Enfermedades del aparato locomotor y del tejido conectivo: la osteocondritis, la sacrolumbalgia y el dolor torácico.

En el caso del hospital no se cuantificaron las lesiones y los efectos adversos dentro de los 5 grupos diagnósticos más frecuentes, pues los pacientes –con dolencias incluidas en este grupo– se dirigían directamente al Área de Traumatología, y no se registraban en el Servicio de Medicina Interna, donde se realizó el presente estudio.

## DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en nuestro trabajo en cuanto al alto porcentaje

de pacientes que en ambos niveles –primario y secundario– acudieron con afecciones no urgentes y en el caso del hospital, además, con urgencias primarias sin criterio de atención hospitalarias, es un hecho que coincide con los resultados de múltiples estudios realizados en otras naciones.<sup>1-4,6,7,9</sup>

Los datos analizados en cuanto al porcentaje de visitas innecesarias al servicio hospitalario de urgencia ha demostrado que este fenómeno no solo se presenta a nivel internacional, sino que también está afectando a las instituciones del sistema de salud cubano aquí analizado.

En efecto, de acuerdo con los datos disponibles en la bibliografía, se demuestra que –en general– menos del 30 % del total de asistencias en las áreas de urgencias del nivel secundario podían calificarse como hospitalarias.

Dentro de las causas que pudieran dar lugar a una mayor demanda de los servicios de urgencias, se encuentra –entre otras– la insatisfacción de la población con la atención recibida en el nivel primario; pero –a nuestro criterio– este fenómeno radica, fundamentalmente, en el desconocimiento que tiene la población sobre los verdaderos objetivos y funciones de los servicios de urgencias. A esto último se suma el alto poder de atracción que ejercen los servicios de urgencias sobre la población, la cual al ver en ellos la posibilidad de una atención segura, rápida y eficaz, la lleva a asistir al cuerpo de guardia, sin reparar en el efecto negativo que esto tiene sobre dichos servicios, que se ven sobrecargados con afecciones que no cumplen los fines para los que han sido creados.

Actualmente se considera que todo sistema de urgencia que pretenda ser óptimo y eficiente debe tener como uno de sus principios la integridad e interrelación entre sus distintos niveles de atención, con la finalidad de garantizar la atención escalonada

del paciente, el cual debe ser valorado en el nivel primario y remitido a un nivel superior solo en caso necesario. No obstante, en nuestro trabajo se ha demostrado que la población evade el sistema y acude directamente al hospital sin una valoración médica previa.

La alta asistencia de pacientes por iniciativa propia y el alto porcentaje de visitas innecesarias al servicio hospitalario coincide con la bibliografía internacional revisada;<sup>1-7,9</sup> se destacan el estudio multicéntrico realizado por el Instituto Nacional de la Salud en España<sup>2</sup> que abarcó un total de 17 hospitales, así como 4 servicios especiales de urgencia y donde se concluyó que –en 11 de los hospitales visitados– tan solo el 32 % del total de la asistencia prestada en el área de urgencias podía clasificarse como hospitalaria, y que en 8 de ellos el 74 % de los pacientes atendidos habían acudido de forma espontánea sin que hubiera, previamente, intervenido el nivel de atención primario.

El estudio realizado<sup>16</sup> en cuanto al alto porcentaje de visitas innecesarias al servicio hospitalario ha demostrado que este fenómeno no solo se presenta a nivel internacional, sino que también está afectando a las instituciones del sistema de salud cubano aquí analizadas, similitud que también se demuestra en otros estudios. \*,\*\*,\*\*\*

Otro dato llamativo consistió en el alto porcentaje de usuarios que fueron enviados al hogar después de su valoración en el hospital y el policlínico, lo que confirmó el uso inadecuado de los servicios de urgencias primarios y secundarios pues la mayoría de los pacientes fueron susceptibles de tratamiento y seguimiento en su área por el médico de la familia, lo que coincide con otros estudios.<sup>1,7,9</sup> Esto, a su vez, demuestra también el alto poder de solución del servicio de urgencia primario, pues solo el 1,3 % de los pacientes fue enviado al hospital.

Por último, al conocerse que los grupos diagnósticos y las afecciones más frecuentes tuvieron un comportamiento similar en el hospital y el policlínico, sumado a que el total de las urgencias primarias vistas en el policlínico fueron resueltas en el mismo, se demuestra que las urgencias primarias que acudieron directamente al hospital, podían solucionarse a nivel primario, sin emplear mayores recursos ni incrementar la atención en el hospital.

Queda demostrado, de esta forma, que existe un uso irracional de los servicios de urgencia por parte de la población, lo que lógicamente crea una sobrecarga innecesaria de pacientes con una marcada afectación del sistema de urgencia, fenómeno este que repercute negativamente en la esfera socioeconómica del país.

## SUMMARY

A descriptive and analytical study of the health service demand was conducted in the area of internal medicine of the Emergency Services of "Dr. Luis Díaz Soto" Hospital and of "Dr. Mario Escalona" Polyclinic. This study was carried out from May 29, 1995, to June 3, 1995. The distribution of the demand was studied to know its behavior as to the severity of the emergencies, which were classified into: hospital emergencies, primary emergencies and non-emergencies, the way the patients visited the physician's office (referred or on their own), destiny after their assessment and the diagnostic groups and the most frequent affections of the primary

\* Roche Mendes D. Servicio de urgencia, su utilización por el paciente no urgente. Trabajo de terminación de residencia. Cuba, 1977.

\*\* León Pérez P. Estudio de la medicina de urgencia en la atención primaria. Trabajo de terminación de residencia. Cuba, 1987.

\*\*\* Hung Figueredo P. Atención de urgencia, algunas variables de interés. Trabajo de terminación de residencia. Cuba, 1993.

emergencias. It was concluded that the highest percentage of the demand comprised the primary emergencies and the non-emergencies of those patients that went to the hospital on their own and with affections that did not require hospital care, since they may be solved at the primary health care level.

*Subject headings:* EMERGENCY SERVICE, HOSPITAL/classification; EMERGENCY SERVICE, HOSPITAL/utilization; EMERGENCY MEDICINE/classification; HEALTH SERVICES NEEDS AND DEMAND; EMERGENCIAS/classification; INTERNAL MEDICINE.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de la Salud. Dirección territorial. Análisis de las urgencias hospitalarias. Madrid: Hospital Cruz Roja, 1991:6-12.
2. Aznar López M. Panorama de los servicios de urgencia. *Mapfre Med* 1993;4(Supl):9-14.
3. Instituto Nacional de la Salud. Dirección provincial. Análisis de la estructura y proceso asistencial en el área de urgencia. Informe anual. Madrid, 1990:58,59,93.
4. Instituto Nacional de la Salud. Dirección territorial. Análisis de la urgencia hospitalaria. Informe anual. Madrid, 1991:82,112,115,116.
5. Nogal Sáez F. Panorama de los servicios de urgencia. *Mapfre Med* 1993;4(Supl 1):22-4.
6. Sanz Esteban J. Panorama actual de los servicios de urgencia hospitalaria. *Mapfre Med* 1993;4(Supl 1):52-7.
7. Instituto Nacional de la Salud. Dirección provincial. Análisis de la estructura y proceso asistencial en el área de urgencia. Madrid: Hospital Puerta de Hierro, 1990:1-10.
8. Perianes J. Panorama actual de los servicios de urgencia hospitalaria desde la perspectiva de un hospital suburbano. *Mapfre Med* 1993;4(Supl 1):40-5.
9. García Vega J. Servicio de urgencia hospitalario. Un problema con soluciones. *Mapfre Med* 1993;4(Supl 1):46-51.
10. Almazan Cruz S. Un modelo de medicina de emergencia para la Ciudad de México. *Gac Med Mex* 1990;126(5):423-9.
11. Álvarez Jiménez C. La calidad en la asistencia de urgencias. *Mapfre Med* 1993;4(Supl 1):5.
12. Reino Unido. National Health Service. Evaluación en gestión de calidad en hospitales. Informe anual. Reino Unido. 1993.
13. Atilano Ortiz M. La unidad de información de urgencia. *Mapfre Med* 1993;4(Supl 1):78-80.
14. Bernejo Pareja R. Urgencia extrahospitalaria. Mecanismos de coordinación con servicios hospitalarios. *Mapfre Med* 1993;4(Supl 1):25-7.
15. Garijo Galves A. Sistema integral de urgencias. Cadena asistencial, unidades de gestión de urgencias. *Mapfre Med* 1993;4(Supl 1):31-2.
16. Escalona Reguera M. Estudio de los cuerpos de guardias en los hospitales. *Rev Cubana Adm Salud* 1981;7(4):378-87.

Recibido: 7 de noviembre del 2000. Aprobado: 9 de enero del 2001.

Dr. *Javier Pereda Rodríguez*. Edificio E-10. Apto 20. Zona 10. Alamar. Municipio Habana del Este, Ciudad de La Habana, Cuba.